

PSICOPATOLOGÍA PSICOANALÍTICA RELACIONAL

Carlos Rodríguez Sutil.

Madrid: Ágora Relacional, 2014

(Colección Pensamiento Relacional nº 12)



Segunda parte: Elementos de Psicopatología Psicoanalítica Relacional

Reseña y comentario de Manuel Aburto Baselga

1. Conceptos básicos
2. Desarrollo del psiquismo
3. Configuraciones patológicas

En esta segunda parte de su generoso texto, Sutil saca al psicopatólogo instruido y al clínico experto que le habitan, y se interna en la frondosa selva conceptual de la Psicopatología. Como conviene, aborda en primer término conceptos básicos y sumamente elusivos, como es el de *normalidad*. Esta idea y su contraria están implícitas en las de *patología* y *salud mental*, por lo que convendrá estudiarlas.

La *normalidad*, más allá de una intuición que impregna todo nuestro hacer y sentir, puede definirse desde un punto de vista *estadístico*, con indudable provecho desde la perspectiva sociológica, y evidentes limitaciones para esclarecer la psicopatología. La *norma ideal* como referente definitorio acusa inmediatamente su dependencia de los valores morales que rigen en cada momento la vida social. Así, nos recuerda Sutil que hasta principios de los 70 la homosexualidad estaba incluida en las clasificaciones psicopatológicas. Finalmente, la *normalidad funcional* nos remite al malestar, al sufrimiento subjetivo como criterio psicopatológico, lo que, si bien es cómodamente aplicable a muchos cuadros que tratamos (y es uno de los criterios usados

en las clasificaciones oficiales), no es discriminatoria en cuanto abandonamos el terreno de la patología dura.

Ya en terreno psicoanalítico, nos encontramos que los resbaladizos conceptos de salud mental y patología están en función de la teoría de base: así, el establecimiento de un “objeto total” será criterio necesario para los kleinianos; para la psicología del self, la sintonía con los primeros objetos del self y una frustración óptima serán los ejes del desarrollo psíquico saludable. En su aproximación al tema, Sutil nos irá haciendo propuestas declarativas sobre qué es la salud mental y la patología. Serán propuestas generalizadoras en torno a la totalidad del individuo en su medio, una compleja articulación bio-psico-social que surge de su propia y única historia.

En psicoanálisis pierde relieve la oposición *normalidad-anormalidad*. La perspectiva es *estructural*, y una creación tan freudiana como la “sobredeterminación causal” disuelve la fuerza definitoria del mero síntoma, que sólo cobrará pleno sentido sobre el fondo de la estructura de base. Nos recuerda Sutil, desde el modelo médico, que *síntoma* es la expresión de malestar de que nos informa el paciente, y *signo* es lo que el clínico observa como significativo. La agrupación habitual de ambos elementos conformará el *síndrome*, y si a éste le atribuimos unas causas, un curso predecible y un específico abordaje terapéutico, hablaremos de enfermedad o *entidad nosológica*. Pero la enfermedad, advierte Sutil, no es una entidad independiente representada por sus síntomas (esencialismo): lo que sostiene la configuración de síntomas y le da sentido es la estructura de la personalidad (conjunto de comportamientos del individuo en su contexto social).

Recoge Sutil la ya clásica crítica a los sistemas de clasificación categoriales como el DSM o la CIE, y defiende la necesidad de un *diagnóstico estructural* en la línea de los que ofrecen el PDM (Psychodynamic Diagnostic Manual) (2006) o el OPD-2 (Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik).

El síndrome en psicopatología ha servido para diferenciar los cuatro grandes grupos de trastornos: *síndrome orgánico-cerebral*, *síndrome neurótico*, *síndrome psicótico* y *síndrome psicopático*, clasificación problemática cuyos contenidos y transiciones iremos viendo más adelante. Aporta Sutil conceptos acuñados por diferentes autores y escuelas que enriquecen la comprensión y ordenamiento de las manifestaciones clínicas: las conductas *autoplásticas* o *aloplásticas* que propone Bleger; la cualidad *egosintónica* o *egodistónica* de los síntomas; las cualidades *digital* o *analógica* de la comunicación, acuñadas en Palo Alto, que a Sutil le remiten a la discriminación freudiana entre *proceso primario* y *proceso secundario*. Ya de pleno en ese terreno, nos recuerda la clásica distinción entre los beneficios primario y secundario del síntoma, que desde la perspectiva clásica es la expresión de un compromiso del yo con las otras instancias (*ello* y *super-yo*) y la realidad.

Fijación y *regresión* son conceptos psicoanalíticos esenciales para explicar cómo se origina la psicopatología y cómo se manifiesta. Fijación es la adherencia excesiva a figuras o imagos características de una etapa específica del desarrollo. Ésta fijación será el origen de la *resistencia* y condicionará los fenómenos de repetición compulsiva. La regresión sería el retorno a una etapa de desarrollo ya superada, debida a una frustración o trauma. Como se deduce, la fijación a una etapa hace más probable la frustración en la siguiente. Y en la base de estos fenómenos, el *trauma*. En los inicios del psicoanálisis, nos recuerda Sutil, el trauma en la infancia era el origen de la

neurosis, cuyo despliegue exigía dos momentos cronológicamente distantes: el primigenio (que quedaba de alguna manera en estado latente) y un segundo (normalmente en la adolescencia) que por vía asociativa remitía al anterior con un nuevo significado. Es el fenómeno de la *retroactividad*.

Tras su renuncia a la teoría de la seducción infantil, la vida fantasmática del niño pasa a primer término en la etiología de las neurosis. Tal giro supuso un alejamiento de la realidad del trauma como intrusión del exterior, y aunque la I Guerra Mundial actualizó brutalmente la “eficacia” patogénica del suceso externo abrumador, Freud no renunció a vincular tales cuadros clínicos con reviviscencias de traumas infantiles.

Mención inexcusable la posición de Ferenczi, tan desacreditado en tiempos de Freud (y posteriormente), centrada en la potencialidad traumatizante del cuidador y la necesidad del niño (y del paciente) de mantener la relación con el mismo. De ahí nace la disociación, esa fractura mental que preserva al individuo del conflicto inasumible.

El concepto de *trauma acumulativo* de M. Khan, desde una perspectiva winnicottiana, da cuenta de los efectos de un fallo sistemático en la sintonización del cuidador con las necesidades del niño, y es, como Sutil señala, una idea precursora a la del establecimiento de modos o patrones relacionales internos.

Para los autores relacionales actuales “el trauma habitualmente más relevante ocurre en la infancia, dentro de la matriz de relaciones tempranas, provocado por una falta o ruptura de la sintonía afectiva entre el entorno materno y el niño, lo que provoca en éste la pérdida de su capacidad de regulación afectiva y un estado emocional insoportable de desorganización “ (pg.307). Estaríamos ante lo que Eagle (2011) llama los modelos de *fracaso del entorno*, que asocian el trauma o abuso infantil crónico con patologías como el trastorno límite y el trastorno de personalidad múltiple.

Cita Sutil a Bromberg, uno de los autores relacionales que más lucidamente han elaborado el trauma relacional y sus secuelas disociativas. Reproducimos la inteligente frase de Bromberg que recoge Sutil: *La mayor fuente de poder que los padres tienen sobre sus hijos no procede tanto de lo que le ordenan a cada uno que haga, sino de “mostrarle” quién es* (2006). Como ya señalaba Ferenczi, Bromberg subraya la cualidad definitoria de la aceptación o rechazo del progenitor, y ahí reside la esencia del trauma relacional. La cualidad abrumadora del trauma, el tsunami a que se refiere Bromberg (2011), que amenaza inundar la mente incapaz de manejar cognitivamente la realidad que se le impone, propicia la disociación, el escape cuando no hay posibilidad de escape. Más adelante nos mostrará Sutil la dinámica que plantea Bromberg entre la disociación y el conflicto.

Déficit o conflicto han ido definiendo en el campo psicoanalítico lo nuclear de dos tipos de psicopatología, y que corresponden (con las oportunas reservas) a la antigua oposición entre *edípico* y *preedípico*. El conflicto en su versión original freudiana era estructuralmente intersistémico y evolutivamente edípico. El concepto de déficit, de algo que no se desarrolló o quedó detenido por falta de provisión externa, surge con Ferenczi, del que Sutil rescata el trabajo seminal titulado *Confusión de lenguas*, de lectura obligada. Fairbairn contribuyó en esta línea con su elaboración de la internalización de objetos malos para salvaguardar los objetos externos,

escisión defensiva del niño privado o con déficit. Pero son Balint, Bowlby y Winnicott quienes despliegan todo el potencial de esta perspectiva psicopatológica y terapéutica, que apunta a las necesidades evolutivas y de afirmación no satisfechas (el ámbito de la *falta básica*), y a la función sostenedora y empática del analista.

Bjorn Killingmo, ya en los ochenta y noventa, aportará uno de los trabajos más elaborados sobre el déficit. Como señala Sutil, la idea de déficit no se limita a lo que, siendo necesario, no se tuvo. Alude además a lo que podría acompañar a tal carencia: agresividad, maltrato, abandono, etc., aproximándonos así al concepto de trauma, pero sin superponerlos. “El concepto de déficit siempre va ligado al de defecto operativo, que es su consecuencia, en cuanto a defecto en las funciones del yo según se manifiesta en síntomas y perturbaciones. No es tanto un hecho objetivo como una experiencia subjetiva de fragilidad, caos interno, vacío, en relación con el sentimiento de no ser escuchado ni amado, de no ser reconocido” (313).

Desde una perspectiva actual, Coderch apunta que, pese a que en unos pacientes predomine el conflicto y en otros el déficit, todos padecen de alguna forma de déficit estructural en el self. Ciertamente la perspectiva del conflicto intrapsíquico entre instancias (yo, ello, superyó) y en terreno edípico, ya no explica la patología “neurótica”. De haber conflicto será entre distintas motivaciones o configuraciones relacionales, y siempre en un contexto relacional.

Al abordar una “breve incursión en la neurociencia”, como titula Sutil, recurre de nuevo como introductor al gran Coderch, del que cita: “...sólo el desconocimiento puede llevar a creer que neurociencia y psicoanálisis son incompatibles” (2011, p. 31). El autor catalán nos hablará en sus últimas obras de desarrollo cerebral, tipos de memoria, neuronas espejo, investigación de mecanismos neurológicos subyacentes al self y al yo, y de otras muchas investigaciones y desarrollos teóricos que fundamentan la perspectiva relacional. Ante el auge de la neurociencia, Sutil, epistemólogo refinado y curtido, toma rápidamente posición: “En mi opinión, neurociencia y psicoanálisis no deben ser incompatibles, pero también creo descubrir múltiples errores que surgen de una aplicación apresurada en el segundo ámbito de los descubrimientos que se logran en el primero” (315). Sutil recogerá lo esencial de la investigación sobre los tipos de memoria que dan base a la distinción entre inconsciente declarativo y procedimental; destacará también el potencial explicativo de las neuronas espejo, y hará, en definitiva, un reconocimiento explícito de la importancia de todas estas aportaciones a la perspectiva relacional. Pero aportará también su crítica a la tendencia de muchos autores a equiparar, confundir, solapar, explícita o implícitamente, la mente con el cerebro.

No le convence a Sutil la tesis emergentista, en la que Coderch se alinea con Popper y Eccles, según la cual la mente sería una propiedad emergente de la interacción entre el cerebro y los estímulos internos y externos. Según nuestro autor, en esta idea late un excesivo individualismo. Ni el mismo Antonio Damasio escapa a la crítica. El lenguaje que utiliza el prestigioso neurocientífico, delata a su entender, cierto dualismo cartesiano residual pese a la declarada posición anticartesiana de Damasio. Critica un lenguaje que atribuye a las neuronas o al órgano cerebral cualidades psíquicas. No es el cerebro el que conoce, sino la persona. “El cerebro es un objeto material mientras que la mente, al menos en la concepción habitual, es una capacidad, la de atribuir significados y la de adquirir habilidades”... “el auténtico lugar de la mente es el espacio

pragmático interpersonal” (319). Y concluye: “la psicología debe ocuparse, por definición, de lo que decimos y hacemos, como fenómenos articulados. Si se interesa por la fisiología es porque permite determinar los límites de lo que somos y de lo que no somos capaces de decir y hacer” (322)...” cuando, en cambio, se identifica neurofisiología con psicología se cae en poder de un prejuicio cientificista, derivado de la imagen errónea de que pensamos con nuestras cabezas” (323).

Aborda luego Sutil el **Desarrollo del Psiquismo**, afirmando de entrada que “la hipótesis de inicio más plausible a mi entender es que el desarrollo del sujeto humano comienza con la *internalización* de las relaciones de objeto que forman el *yo temprano* de la fase *simbiótica*”, siguiendo a Margaret Mahler. Lo que subraya Sutil es la *indiferenciación* primaria, idea que se opone a la de un *narcisismo primario*, ya que éste sugiere la existencia desde el principio de un sujeto autónomo. Las investigaciones de Daniel Stern ya mostraron un bebé mucho más capaz de distinguirse de su entorno de lo que se pensaba; un bebé, en definitiva, más dotado para interactuar desde el principio con su entorno, para establecer vínculos.

La Teoría del Vínculo (1979) es la obra más representativa de E. Pichón Riviere, quien partiendo de posiciones kleinianas desarrolló una potente teoría del desarrollo humano y de su descarrío psicopatológico, que nuestro autor conoce a fondo. El vínculo sería el origen de la diferenciación psicológica, merced a la introyección de sus tres elementos: el self, el objeto y la relación que se produce entre ellos. Siendo el primer vínculo el llamado *simbiótico* con la madre, los siguientes serían los *fundantes*, que “darán lugar a la formación de los prototipos de la personalidad, entendidos éstos como estructuras semipermanentes que abarcan las conductas automatizadas e inconscientes” (328). Al ser la teoría vincular tributaria de la teoría kleiniana en conceptos tan esenciales como el de *posición*, Sutil dedica espacio para repasar lo esencial de la teoría de Klein. Recogemos muy sucintamente su exposición. Una *posición* es una modalidad específica de relaciones de objeto y se caracteriza por una forma de ansiedad propia. La *Posición esquizo-paranoide* cubre los cuatro primeros meses de la vida, se caracteriza por la gran intensidad de las pulsiones agresivas y libidinales y tiene una relación de objeto fragmentado totalmente bueno o malo que despierta *angustia persecutoria*. En esta etapa dominan los mecanismos de escisión, introyección, proyección, identificación proyectiva e idealización. La *posición depresiva* abarca desde el cuarto mes hasta el final del primer año. En ella se va instalando la relación con un *objeto total*, que da lugar a la *angustia depresiva* basada en el temor de haber dañado al objeto. En esta etapa se produce el paso de lo imaginario a lo simbólico. La superación plena de la posición esquizo-paranoide y la buena integración de la depresiva permite el acceso a la problemática edípica, donde dominará la represión y los mecanismos de defensa más evolucionados.

El modelo vincular-relacional introduce una posición intermedia que denomina *posición confusional*. En ésta tendrá lugar la oscilación entre un yo megalomaniaco, cercano a la etapa esquizoide y un yo disminuido, depresivo. La angustia característica será *confusional* que, en palabras de Sutil, significa la dificultad en distinguir si el peligro procede del interior o del entorno, con escasa discriminación emocional entre el yo y el no-yo. Es esta una posición intermedia que Sutil relaciona con lo transicional winnicottiano ya que el niño vive entre los residuos del estado

fusional y de la escisión esquizoide, y la incipiente construcción de un objeto real estable. Es la etapa de referencia etiológica de algunas configuraciones psicopatológicas, como se verá más adelante.

Llegamos, así, al Edipo, que Sutil somete a riguroso escrutinio. Tras ofrecernos un condensado resumen del mito, lo primero que resalta es el poco interés del psicoanálisis en la primera parte del drama, en la que un niño indefenso es abandonado y privado de todo cuidado materno. “Considerar esta parte de la leyenda habría servido de apoyo a la primera teoría traumática”, comenta Sutil. Freud afirmó la universalidad del complejo de Edipo, y Sutil, como otros, cuestiona el exceso generalizador en que incurre. No se trata de negar universales en la conducta humana, sino del lugar que se le otorga a la cultura en la conformación de la psique individual. Diríamos que tal generalización sería coherente con la concepción que Freud tenía de la mente humana, mucho menos determinada desde el inicio por la experiencia con el entorno.

El complejo de Edipo se funda sobre una concepción patriarcal de la sociedad, que da sentido al tabú del incesto, y Sutil aborda esta cuestión de base revisando los argumentos de los grandes antropólogos. Así, frente a las hipótesis de muchos autores acerca de remotos matriarcados, recoge la negación taxativa por parte de Lévi-Strauss de que haya existido tal orden en ninguna cultura conocida. La naturaleza impone la necesidad de la alianza (intercambio de alimentos y mujeres como universal humano) y la cultura impone sus modalidades, como la prohibición del incesto. Tal prohibición obedecería a la necesidad de controlar ese bien escaso que serían las mujeres, sobre la base de la imprescindible necesidad de la división de tareas de cara a la supervivencia. Sutil aporta sus preguntas a la discusión, y concluye que “todo esto nos llevaría a sospechar que el matriarcado, como el socialismo, es un invento moderno”, aunque “la cultura determina unos comportamientos concretos, pero no excluye obligatoriamente otros, una vez cumplidos los preceptos” (346).

Malinowski, por su parte, no niega que en toda cultura exista algún tipo de *complejo familiar*, pero sí cuestiona que ese complejo deba adoptar necesariamente la forma del Edipo. El descubrimiento de la causalidad genética, en su momento ignorada, otorgaría a la mujer una suerte de poder divino de engendrar seres humanos. Al reconocerse la paternidad, se haría esencial asegurarse de la misma (herencia de las tierras), lo que fundaría la culpabilidad sexual. Asistimos actualmente, señala Sutil, al camino inverso y a sus destacadas y aun impredecibles consecuencias.

Toca someter a crítica la concepción clásica de la sexualidad masculina y femenina. La *angustia de castración* en el niño y la *envidia del pene* en la niña son los fenómenos nucleares en torno a los que gira la evolución sexual de los humanos, según Freud. En el caso del varón, la consecuencia es la renuncia al objeto edípico; en la niña, la sustitución del deseo de un pene por un hijo. Señala Sutil la presencia determinante del prejuicio cultural en toda esta teoría. “La caracterización del clítoris como falo atrofiado es, a mi entender, uno de los mitos culturales seudocientíficos más llamativos en el psicoanálisis clásico “ (353). La mujer como hombre incompleto y la libido de naturaleza masculina son algunos de los prejuicios falocéntricos del psicoanálisis freudiano. También critica Sutil las posiciones egocéntricas que detecta en Lacan cuando distingue el gozo fálico del “místico”, que reserva a la mujer. Sutil es contundente: “Colocar a las mujeres del lado

de lo místico, como hace nuestro psiquiatra francés en sus lecciones, es otra forma de tergiversación de la mujer como en otros contextos se idealiza la figura de la Virgen María, no dejando otro lugar para la mujer real, aquella que disfruta de su sexo, que el de bruja o puta” (358).

Termina Sutil esta sección con una interesante reflexión sobre lo mítico en psicoterapia: no rechaza los mitos que el psicoanálisis ha ido desvelando (como guiones relacionales que rigen en una cultura) sino su imposición como verdad inapelable que impide subjetivizar su vivencia en cada paciente. “Estos mitos rigen la vida del neurótico, y sólo podrán ser superados, esto es, ‘subsumidos’ en un mito más amplio y liberador” (359). En el caso del complejo de Edipo, éste no sería la causa primaria de la patología sino su consecuencia. Y tal configuración edípica no se encuentra en ciertas organizaciones patológicas, como en las narcisistas, donde “no fue necesario matar al padre porque nunca se constituyó como un rival digno de ser tenido en cuenta, lo que da lugar a una organización dual con la madre” (360).

Al hablar de los *mecanismos de defensa*, Sutil nos previene de nuevo contra el exceso internalista, y propone pensar en ellos como “estrategias de acción y reacción en el contexto interpersonal” y como “estilos básicos en el funcionamiento del psiquismo que dirigen la relación del individuo con su realidad interna y externa” (361). La defensa y sus distintas modalidades aparecen a lo largo de toda la obra de Freud, y en algunas obras, como *Inhibición, síntoma y angustia*, su descripción encuentra un lugar privilegiado. Obligado es citar la clásica obra de Ana Freud en la que se describen y definen los mecanismos de defensa, como lo es recurrir a Klein para estudiar los mecanismos más primitivos.

Sutil comienza hablándonos de la *escisión* como mecanismo base de los demás mecanismos, en cuanto su función esencial consiste en aislar o apartar unos elementos mentales de otros. Mecanismo kleiniano desde el principio, ha sido usado, elaborado y definido con diferentes matices en las distintas escuelas. Kohut crea la distinción entre *escisión vertical* y *escisión horizontal*, dando cuenta la primera de la existencia de actitudes coexistentes e incompatibles frente a la realidad (lo que parece apuntar a la idea actual de estados de conciencia disociados), mientras la segunda apunta al mecanismo de represión, aquello que se “entierra”, que se relega al inconsciente, pero que no deja de ser reconocido como un elemento que nos pertenece pero rechazamos.

Triada básica en materia defensiva será la serie *Denegación* (Verneinung), *Renegación* (Verleunung) y *Repudio* (Verwerfung), y que se completa con la *Represión* (Verdrängung). La denegación o negación es el mecanismo más evolucionado, neurótico: lo reprimido aparece ante la conciencia aunque el sujeto no lo reconoce como propio. La renegación (o desmentida) es un mecanismo por el que de forma simultánea se reconoce la realidad y se la niega, subsidiario por tanto de la escisión. Lo encontraríamos en pacientes límites y narcisistas. El repudio o rechazo (Lacan propuso el término *forclusión*) es el mecanismo más primitivo.

Aborda Sutil la discusión sobre la *identificación proyectiva*, reconocida y valiosa aportación de Klein, y sobre la *proyección*, término de uso más generalizado y, diríamos, popular. “Tememos que ‘proyección’ e ‘identificación proyectiva’ son dos términos utilizados para referirse al mismo fenómeno de ‘poner fuera’, sólo que el segundo recibe el influjo de la teoría de las relaciones

objetales” (375). Aporta el autor las interpretaciones que sobre estos mecanismos ofrecen autores tan influyentes como Kernberg o Rosenfeld.

La *represión* es para Freud el mecanismo central en la constitución de las neurosis, y Sutil nos ofrece un repaso consistente de la elaboración del mecanismo en la obra de Freud, y la visión de Fairbairn. Concluirá afirmando que “la represión sigue siendo un mecanismo presente en la clínica relacional pero ocupando un lugar mucho más reducido que en la época clásica, sólo en el ámbito de la patología por conflicto” (384).

En el tercer capítulo, **Configuraciones Patológicas**, Sutil aborda un tema muy trabajado por él y del que ya ha publicado varios trabajos. Tras defender la utilidad de un sistema de clasificación sistemática en el ámbito de la psicopatología, expone los campos que debería tener en cuenta un sistema diagnóstico que fuera consistente con los objetivos clínicos propios de la psicoterapia psicoanalítica: temperamento y carácter con los mecanismos y patrones defensivos asociados, aspectos madurativos, identificaciones, esquemas relacionales, sin olvidar los aspectos socioeconómicos y culturales.

Pero el diagnóstico, que sirve para situarnos frente al paciente y en parte para planificar el abordaje y el tratamiento, no debe suponer colocar al sujeto en un “compartimento estanco”, ya que los tipos diagnósticos son más bien “*prototipos* o *conjuntos difusos* en los que la pertenencia es probabilística y continua”. El diagnóstico en psicopatología psicoanalítica es “*fenoménico* y no *sindrómico*”

Los criterios diagnósticos objetivistas se ven desafiados por aquellos trastornos pobres en síntomas y más detectables en entornos penitenciarios que en espacios clínicos (trastornos narcisista o antisocial); o cuando se trata de sujetos adaptados socialmente, pero con gran sufrimiento personal; o cuando el sesgo cultural coarta o favorece la expresión del sufrimiento en función del género.

Sutil pone bajo la lupa la reciente edición del DSM-V que enfatiza todo lo que puede observarse y describirse sin contemplar las “estructuras subyacentes menos visibles, las dinámicas y los significados (Lerner y Lerner, 2007)”. Se ocupa, claro está, del debate clásico sobre diagnóstico dimensional versus diagnóstico categorial, citando a Eysenck, defensor del primero y a Millon que apoya el segundo sin excluir lo dimensional.

Sutil se alinea con quienes critican la tendencia sobresimplificadora de los fenómenos de la salud mental en aras a incrementar fiabilidad y validez, renunciando a la comprensión profunda y dinámica de los fenómenos. Insistirá en su inclinación a pensar diagnósticamente en prototipos o pautas generales de comportamiento que tienden a ir asociadas, a fin de prevenir la cosificación del paciente. Y nos aclara que, partiendo de nuestra tendencia a tipificar, el diagnóstico no solo es inevitable, sino también compatible con la posición empática hacia el otro sujeto.

En el largo apartado que titula **Nosografía psicoanalítica** el autor revisará las clásicas agrupaciones psicopatológicas, Neurosis, Psicosis y Perversiones, recordándonos en cada caso como se formularon etiológica y dinámicamente desde la perspectiva psicoanalítica. También en

cada caso, Sutil aportará su propia visión basada en su experiencia clínica e inspirada en su perspectiva relacional.

Defiende el uso actual de “neurosis” (desaparecido en las clasificaciones oficiales) por su valor diferenciador al aglutinar una serie de trastornos caracterizados por síntomas egodistónicos, en los que la angustia y sus derivados juegan un papel central y en los que la identidad y la adhesión a la realidad están bien conservadas.

La neurosis se define en el marco cultural al que pertenece el individuo. “Los analistas relacionales tendemos a sospechar que cierto aprendizaje riguroso de las normas morales produce la culpa, es decir, el sentimiento de ser culpable en sí mismo, y que la antigua falta o pecado son buscados en un segundo momento”...“el psicoanálisis clásico presenta un hombre culpable *a priori*, cuya salvación pasa por una toma de conciencia dolorosa”, nos dice el autor. En la neurosis, los conflictos son expulsados fuera de la conciencia, pero son simbolizados; la represión, la denegación y los mecanismos secundarios sostienen el conflicto (y procuran que no se resuelva). Sutil recoge la observación de Mitchell de que la teoría clásica es más adecuada para explicar y tratar la neurosis que los trastornos más graves. Sutil nos presentará a continuación las tres grandes neurosis, histérica, obsesiva y fóbica, desde que Freud las tomó en sus manos.

La *histeria* tiene su mito griego propio, sus formas *conversiva* y *disociativa*, sus espectaculares manifestaciones y su *belle indifference*; y su protagonista por excelencia en la historia del psicoanálisis: Dora, cuyo caso es “documento imprescindible para comprender la dinámica histérica...”. Se apoya el autor en el trabajo del propio Freud, la investigación de H. Decker, y las aportaciones de Rupprecht-Schampera y del propio Fairbairn, para quien la conversión histérica supone la sustitución de un problema personal por un estado corporal. Nos señala Sutil, de su propia cosecha, la tendencia a la “idealización negativa” del progenitor del sexo opuesto, el ogro.

La *neurosis obsesiva*, con sus ideas y actos compulsivos, ocupa junto con la histeria un lugar de honor en los orígenes de la clínica psicoanalítica: el ordenamiento por la razón y la ritualización frente a la hiperexpresividad afectiva y cambiante. *El hombre de las ratas* servirá a Freud para dar forma a un trastorno neurótico que fijado en el erotismo anal desplegará su tormento bajo la sombra de un superyó sádico y a través de los mecanismos de anulación y aislamiento.

La *neurosis fóbica* se caracteriza dinámicamente por el *desplazamiento* de la angustia a representaciones en principio neutras que pasan a ser cargadas simbólicamente y constituyen así el objeto fóbico externo. El Caso “Juanito”, como se conoce popularmente la patografía del *Análisis de la fobia de un niño de cinco años*, permite a Freud formular la angustia de castración y teorizar en torno a las teorías sexuales infantiles. Teorías que, como apunta Sutil, “son del adulto, antes que del niño”, resaltando de nuevo el factor relacional como matriz en la que se conjugan todas las formas del deseo.

Los *trastornos psicósomáticos*, que el autor coloca en el apartado de las neurosis pero con reservas fundadas, serían “la prueba palpable de la unidad psicofísica del ser humano y la mejor defensa del monismo”. A diferencia de la histeria, “en los trastornos psicósomáticos la expresión es previa al simbolismo...y subyace casi siempre una crisis vital de la persona respecto a su entorno”: la depresión enmascarada con su cohorte de síntomas que desorientan al clínico; la

negativa a mentalizar sus conflictos que tan resistentes a la psicoterapia hacen a estos pacientes. Citará Sutil a Franz Alexander con sus “constelaciones psicosomáticas” y, por supuesto, a Pierre Marty de la Escuela Psicosomática de París y su *pensamiento operatorio*; pensamiento que se adhiere a lo concreto y no al símbolo, que se asocia con la *alexitimia* y se emparenta con la *ecuación simbólica*. Señala, además, Sutil el beneficio secundario basado en la mayor aceptación social de un trastorno orgánico frente a una “enfermedad psíquica”.

Los *trastornos alimentarios* no tienen un gran “pedigree” psicoanalítico. Para Freud se explicaban por la repulsa sexual asociada a los alimentos desde la fijación a la fase oral. Sutil considera que la anorexia es neurótica, no perversa; niega su propia sexualidad, no intenta la sexualidad fálica. ¿Por qué el rechazo a la sexualidad? El autor apunta al proceso de independización, especialmente de la madre, que se manifiesta en la adolescencia. De base, una defensa contra la invasión materna y, secundariamente, un repudio de la sexualidad asociado al rechazo de la actitud pasional de un padre al que se acude para superar el vínculo con la madre invasora.

En el apartado de las *psicosis*, el autor defiende una visión psicológica frente al enfoque puramente biologicista: “En último extremo, la dinámica de los mecanismos mentales psicóticos sólo podrá ser comprendida recurriendo a argumentos psicológicos, familiares y sociales”(p.441). Tal posición psicoterapéutica no está exenta de riesgos como ilustra la cita que Sutil escoge de Bión: “debe forzarse [el analista] por mantenerse en pugna con la cirugía y los tratamientos biológicos y no permitir al paciente retroceder de su admisión de que está loco o del odio hacia su analista, quien ha logrado, después de tantos años llevarlo a la realización emocional de hechos que el paciente ha tratado toda su vida de evitar”(pg. 441).

Melanie Klein “fijará” la esquizofrenia en la posición esquizo-paranoide, dando gran peso a factores constitucionales del bebé futuro enfermo. Otros autores cercanos a la anterior (Winnicott, Balint) situarán el origen de la psicosis en las fallas y deficiencias de la atención materna en momentos críticos de la tempranísima infancia. Esta cuestión de la agenda de fases y mecanismos ha sido objeto de controversia, y recoge Sutil la crítica a Klein por atribuir fenómenos y mecanismos a un bebé aún no capacitado para tales proezas. Señalará Sutil en un gesto elocuente que “antes de la angustia por falta de padre está el temor a ser abandonado por la madre” (pg. 444).

Cita Sutil extensamente a Hanna Segal al hablar de la esquizofrenia, destacando su aportación teórica de la *ecuación simbólica*. Al no estar bien diferenciados el yo y el objeto, el símbolo y el objeto simbolizado se harán equivalentes por vía de la identificación proyectiva: es el pensamiento concreto característico de la psicosis. Criticará Sutil el “internalismo” de la autora, que apunta a un lenguaje privado, y afirmará que “los símbolos de los que el sujeto se apropia no son una creación ex nihilo sino que vienen del exterior y son co-creados...son sociales antes que individuales” (pg. 445). Recoge también los *objetos extraños* (que no bizarros) de Bion para explicar la relación delirante del paciente esquizofrénico con la realidad. Realidad fragmentada, pues él está fragmentado. La capacidad simbólica requiere objetos totales, el acceso a la posición depresiva: “La persona que logra su desarrollo hasta la superación de la posición depresiva, sugiero, es aquella capaz de soportar la escisión básica y manejar dos lenguajes, el de la estabilidad del objeto, que es el oficial, y el de la relación y el cambio continuo, que es lo cotidiano” (pg. 451).

A la *paranoia* le corresponde, en el universo freudiano, el *Caso Schreber* (1910), cuyo historial utiliza Freud para fundamentar su controvertida interpretación de la paranoia como defensa contra la pulsión homosexual.

Al abordar la *depresión*, Sutil subrayará el componente de la culpa (pecado) que aporta la cultura occidental, destacando así siempre el *leitmotiv* de una comprensión relacional-social de los trastornos psíquicos. Nos guiará por los textos freudianos más conocidos, como *Duelo y Melancolía* (1917) o el *Yo y el Ello* (1923), obra en la que completa su elaboración sobre la *reacción terapéutica negativa* producto del sentimiento de culpa inconsciente que intenta satisfacerse en la enfermedad. Tales reacciones serán vistas de un modo ampliado al grupo familiar por los sistémicos, e involucrarán decisivamente al terapeuta desde la óptica relacional. Destaca Sutil la interesante diferenciación que hace Blatt (2004) entre trastornos depresivos de tipo anaclítico y de tipo introyectivo, distinción con implicaciones terapéuticas importantes.

Las *perversiones* que, como señala Sutil, se exhibían en tiempos de Freud minuciosamente descritas, aunque mal definidas, por autores como Havelock Ellis o Krafft-Ebing, tuvieron su texto principal en los *Tres ensayos* (1905), obra que experimentó muchos retoques y ajustes posteriores. Freud integra las perversiones (hoy parafilias) en su teoría del desarrollo psicosexual infantil, “normalizando” su naturaleza como tendencias latentes en todo ser humano. Su concepto de *zonas erógenas* predominantes en las distintas fases del desarrollo psicosexual le permiten definir las perversiones como desviaciones en cuanto al objeto, la zona y el fin pulsionales. En éste ámbito, más que en otros, se puede señalar, como hace Sutil, el factor cultural que disuelve cualquier intento de fijar y delimitar patologías. El caso de la homosexualidad es ilustrativo.

Las perversiones, dirá Sutil, ocupan en el pensamiento freudiano un lugar intermedio entre las neurosis y las psicosis. Ese lugar se ha ido poblando de psicopatías, trastornos de carácter e incluso límites y narcisistas. “Lo que nos interesa, en definitiva, no son tanto las conductas perversas que, en forma aislada, pueden aparecer en organizaciones de personalidad muy diferentes y cuya patología es a menudo problemática, sino la estructura perversa, en la que predomina la renegación, la evitación de la angustia de castración y la ausencia de culpa” (472).

TERCERA PARTE: TEORÍA DE LA PERSONALIDAD

- 1. La personalidad**
- 2. Clasificación de los prototipos**
- 3. Breve introducción a la psicoterapia psicoanalítica relacional**

En la tercera parte del libro, Sutil aborda el tema de la Personalidad y sus Prototipos, y dedica el último capítulo a una introducción a la psicoterapia psicoanalítica relacional. Si bien al autor “nada humano le es ajeno”, determinadas materias han merecido una atención y/o interés especial por su parte, y ésta es una de ellas.

“La personalidad es lo que uno es, más lo que uno tiene”, destila Sutil para introducir el tema. Propondrá luego definir la personalidad como “las formas relativamente estables de pensar, sentir, comportarse y relacionarse con los otros” (pg. 477). Seguidamente, se ocupa de la posibilidad o necesidad de deslindar conceptos como *temperamento, carácter y personalidad*, tarea en la que se suelen poner en la balanza diferentes medidas de lo biológico constitucional y de lo adquirido. Nos dirá Sutil que “por mucho que el fundamento biológico, innato o adquirido, influya en la organización de la personalidad y, por tanto, en las pautas de comportamiento, la forma definitiva en que tal organización se estructura y cobra significado se debe al ambiente, sobre todo al ambiente temprano en el que vive el infante, dentro de una constelación de relaciones familiares” (pg. 483). Revisará luego las aportaciones de Freud, Ferenczi y la escuela inglesa.

El autor húngaro fue uno de los primeros en señalar la existencia de casos en los que predominan los rasgos anormales de carácter frente a los síntomas neuróticos, sin conciencia de enfermedad. Melanie Klein, por su parte, pensaba que los trastornos de carácter surgen, sobre todo, en los sujetos que no pudieron establecer con seguridad su primer objeto y son incapaces de mantener gratitud hacia él. No habría por tanto establecimiento de la posición depresiva, lo que implica el predominio de mecanismos de defensa primitivos.

Si se toma como referente el Edipo, tales mecanismos primarios serían la escisión, la renegación y el desplazamiento primitivo. Como ya quedó dicho, la proyección, introyección e identificación proyectiva serían más propios de las psicosis. Todo ello no implica, como explica Sutil, que no se pueda alcanzar la posición depresiva con importantes fijaciones esquizoides.

Dedica un apartado propio a las *Organizaciones límites*, que, por un lado, aparecen en la literatura clínica como entidades bien definidas y delimitadas, y por otro, acusan la falta de estructuración teórica en los sistemas oficiales de clasificación. De nuevo la limitación de un sistema basado en la agrupación sintomática sin fundamento teórico que permita incorporar lo histórico del sujeto en la comprensión de sus trastornos. Si bien este sistema mostrará sus limitaciones sobre todo a la hora de la intervención psicoterapéutica, conviene recordar que ésta comienza ya con el diagnóstico.

Fairbairn describe un tipo esquizoide que parece corresponder con un grupo en el que se incluyen los actuales narcisistas y límites. Es muy sugerente su concepción del “sentimiento de futilidad” que experimenta el niño cuando vive la frustración del deseo como rechazo materno. Tal futilidad remite al “vacío” que suele describirse cuando se intenta captar lo nuclear de la organización límite.

Kernberg es, como sabemos, uno de los grandes sistematizadores de la psicopatología en el campo psicoanalítico contemporáneo. Para él, la organización límite de la personalidad tiene en común con la psicosis la difusión de la identidad y la predominancia de operaciones defensivas primitivas, centradas en la escisión, pero se distingue por la presencia de una buena prueba de realidad, que indica la adecuada diferenciación entre el yo y las representaciones de objeto. La dinámica sería similar al esquizoide, si bien en el límite predomina la expresión impulsiva patológica en el terreno interpersonal. La escisión implica, igualmente, la división del objeto en

absolutamente bueno y malo, con las correspondientes oscilaciones en los vínculos cuya amenaza se vivirá de modo catastrófico.

“Límite” como *estructura* o como *modo de funcionamiento*? Sutil parece inclinarse por una dimensión de gravedad que puede darse en cualquier trastorno de personalidad “aunque suponga una estructura neurótica” (492). El trastorno límite que describe la clasificación de la APA se corresponde para Sutil con la personalidad Explosivo-Bloqueada que más adelante describirá. Hay otros modos o tipos de “límite” que se han diferenciado como *tipo anaclítico*, *tipo introyectivo* o *esquizofrénicos límites*. La propia clasificación de la OMS distingue entre un *trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo impulsivo* y de *tipo límite*. También aporta Sutil al debate la esclarecedora distinción (debida a Rosenfeld) entre *narcisismo de piel fina* y *narcisismo de piel dura*. El primero, hipersensible y fácilmente vulnerable, sería el tipo que corresponde a las personalidades que se diagnostican como límites. El segundo, estable en su grandiosidad, no frecuenta las consultas si no es a causa de una “herida narcisista”.

La teoría de la mentalización (Fonagy y otros) nos ofrece hipótesis etiológicas que Sutil recoge. La adquisición de la capacidad de “leer la mente” del otro, no es solo una cuestión madurativa, sino que depende (según apuntan muchos estudios) de la relación estable con unos progenitores bien sintonizados afectivamente con el niño. El fracaso o insuficiencia en tales relaciones plantean un itinerario psicopatológico hacia el trastorno límite: “El funcionamiento límite supone la ausencia de una teoría bien establecida sobre el dolor en la mente del otro, del objeto. Un funcionamiento pobre de las representaciones mentales puede interferir con la constancia del objeto, la capacidad para mantener su imagen en ausencia del mismo” (496)

2. Clasificación de los prototipos

Sistemas clasificatorios

En este capítulo el autor nos va a exponer la versión más actualizada (pero, sin duda, no la final) de su clasificación de los trastornos de personalidad. Sus prototipos de personalidad se fundamentan en la clínica contemplada desde la teoría vincular que el mismo ha contribuido a desarrollar.

Desde el principio define su posición frente a las clasificaciones meramente descriptivas y frente al modelo psicosexual clásico: “entiendo que se puede conferir cierta organización teórica a la clasificación de la personalidad sin separarse en exceso de un plano descriptivo”...”opto por un enfoque estructural organizacional de la personalidad” (p. 499).

Al referirse de nuevo al DSM, señala que en las ediciones III a la IV, el eje II ofrecía la fiabilidad diagnóstica más baja. La personalidad y sus trastornos se resisten a ser capturadas por un modelo sintomático puro. El DSM-V conserva, en contra de lo esperado, las diez categorías de personalidad de ediciones anteriores, reeditando las críticas clásicas de que un paciente puede cumplir criterios para dos o más trastornos de personalidad. Ofrece, sin embargo, esta última edición un modelo alternativo diagnóstico para alguno de los trastornos, lo que supone un avance respecto a las ediciones antiguas.

También se define el autor desde la posición clínica: “la experiencia me ha llevado a la convicción de que el diagnóstico de la personalidad, en su organización y estructura, es algo que el clínico debe realizar siempre y como tarea prioritaria” (p.501). Ese diagnóstico representa un constructo más cercano a la realidad personal que cualquier conjunto sintomático: “ninguna persona carece de estilos relacionales propios” ni obedece nadie a una única descripción o etiqueta, pues “estamos contruidos por abigarrados conjuntos de comportamientos, valorables desde muy diferentes perspectivas y con frecuencia difíciles de juzgar”. Añade que “la personalidad es lo que queda cuando eliminamos todos los síntomas” (501)

Nos ofrece luego su propio listado de trastornos de personalidad, del que ha eliminado la distinción entre esquizoide y esquizotípica y la personalidad paranoide que contempla el DSM. La clasificación que ofrece es idéntica a la de Nicolás Caparros con alguna modificación propia aceptada por dicho autor. El siguiente listado incluye entre paréntesis la denominación DSM cuando existe:

- *Esquizoide* (esquizoide o esquizotípica)
- *Narcisista* (narcisista)
- *Agresiva* (antisocial)
- *Fóbica* (evitativa)
- *Explosivo-bloqueada*
- *Confusional* (límite)
- *Histórica* (histriónica)
- *Rígida* (obsesivo-compulsiva)
- *Sumisa* (dependiente)

La unidad básica de análisis es el vínculo: self, objeto y su interacción. La personalidad se aglutina en núcleos que corresponden a las tres posiciones básicas: esquizoide, confusa y depresiva. En la esquizoide, con predominio de un objeto escindido en todo bueno o todo malo, se interioriza lo bueno y se proyecta lo malo. En la confusa se daría esa alternancia entre la identificación más o menos breve del yo con el ideal del yo y la constricción melancólica del yo, lo que, en definitiva, genera esa confusión bueno-malo y los movimientos fobia-contrafobia. En la posición depresiva, con un objeto total logrado, no se da la posición inversa a la esquizoide, pero sí un empobrecimiento del self, ya sin el recurso a la omnipotencia, en favor de un objeto externo amado, que tampoco puede idealizarse.

Sutil declara haber abandonado hace años la dimensión pulsional (agresividad/sexualidad) por las dos fuentes motivacionales principales: agresividad/apego. Nos propone el siguiente cuadro:

	ESQUIZOIDE	CONFUSIONAL	DEPRESIVA

APEGO	NARCISISTA	FÓBICA	HISTRIÓNICA
INDEFINICIÓN	ESQUIZOIDE	CONFUSA	SUMISA
AGRESIVIDAD	AGRESIVA	EXPLOSIVO- BLOQUEADA	RÍGIDA

Descripción de los nueve prototipos

Reseñamos a continuación los rasgos principales de cada prototipo, tratando de destacar aquello donde percibimos un acento más personal del autor.

La *personalidad fóbica* es, según la experiencia clínica del autor, uno de los trastornos más habituales. La dinámica central gira en torno a la ansiedad, que se adhiere a situaciones que han de ser evitadas. La autoimagen se deteriora por los sentimientos de inadecuación, y hay una tendencia a reclamar la presencia de una figura protectora. Se pretende la aceptación de los demás y se teme el rechazo (fobia social). Se señala la alternancia de la fobia-contrafobia que corresponde a los movimientos de inflación (omnipotencia) y deflación (depresivo) del Yo.

La *personalidad confusa* se caracteriza por una mayor desorganización impulsiva y confusión de sentimientos que el prototipo anterior o el explosivo-bloqueado. Sutil describe una personalidad inestable, de escasa iniciativa, con sensaciones de futilidad e irrealidad, sin rasgos llamativos. La reacción de ira que se atribuye al trastorno límite corresponde más, según nuestro autor, al explosivo-bloqueado. En la personalidad confusa será más esperable la conducta autolesiva o los comportamientos de riesgo que la agresión directa a otros.

La *personalidad explosivo-bloqueada* comparte con la fóbica la secuencia de acumulación y descarga (oscilación de la autoimagen), si bien aquí el problema se centra en el control de la agresión. Cambiantes relaciones con los demás, con frecuentes conflictos; tras la explosión agresiva, la huida; intensa necesidad de contacto y aceptación que les hace adherentes, incluso viscosos. Es menos evidente el deterioro de la autoimagen porque evitan más la expresión emotiva, considerada una debilidad. Es éste un prototípico que corresponde con una imagen hipermasculina y autosuficiente.

La *personalidad histérica* es, junto a la fóbica, uno de los prototipos más habituales, según Sutil. La actitud seductora general es el rasgo característico, pues el histérico busca denodadamente que el otro colme su necesidad, siempre insatisfecha de autoimagen, buena o mala: “a diferencia del narcisista, el histérico busca de forma activa que se le acepte con admiración, no sólo que se le acoja totalmente como el fóbico, pero si no lo logra, requiere el desprecio, en todo caso reacciones que le permitan la elaboración dramática. Lo realmente insoportable es la indiferencia.” (p. 526).

En la *personalidad sumisa* los criterios definatorios son la falta de voluntad e iniciativa. El sumiso inhibe por completo la agresión y pone su vínculo de apego en manos del otro. Los fuertes sentimientos de culpa les hacen especialmente sensibles a la crítica e influenciados por los demás.

La *personalidad rígida* se caracteriza por la restricción en la expresión de sus afectos. Dependiente del objeto, sólo se descubre ante la posibilidad de su pérdida. El conato de descontrol agresivo, raramente actuado, causara intensos sentimientos de culpa. Sin llegar al bloqueo y a la actitud sumisa del grupo *confuso*, el rígido expresará su agresividad de forma desplazada, a través de la adhesión a la norma, cuyo incumplimiento autoriza la crítica y la descalificación. El afán perfeccionista les predispone a la adicción al trabajo. Su sintomatología, ante la descompensación, será más de tipo depresivo que obsesivo-compulsiva, rasgos que no definen en realidad éste prototipo.

El grupo de prototipos que corresponden a la posición esquizoide son los de clasificación más incierta y discutible, y su diagnóstico no es frecuente.

En la *personalidad narcisista*, el criterio que la define es la grandiosidad de la propia imagen y la falta de empatía hacia los demás. Comparte con el agresivo la utilización de los demás como objetos, pero sin el componente “actuador”; seduce más que agrede. Hipersensible a la crítica (el de “piel fina”), reacciona con rabia, vergüenza y humillación. Puede permanecer protegido en el medio familiar mientras éste no desconfirme su autovaloración. Como se dijo antes, el narcisista de “piel dura” no suele aparecer en la consulta si no es a causa de una “herida narcisista” o por motivos materiales concretos.

En la *personalidad esquizoide*, al margen de ciertas peculiaridades del pensamiento, lo que domina es la inhibición social, con nulas o muy reducidas relaciones fuera de lo familiar. A diferencia del fóbico, el esquizoide no vive con angustia tal aislamiento, no lo percibe. Para Bromberg la esquizoidía es un medio para escapar de las ansiedades más extremas. La mente se convierte en un entorno en el que predomina el aislamiento, relativamente seguro, que el esquizoide intenta proteger de intromisiones. Hipersensibles al ataque de los demás, mantienen además una actitud hipervigilante, no distinta a la espera angustiada de los fóbicos. Sin embargo, señala Sutil, la impresión general que producen estas personas es de extrañeza y distancia, más por falta de recursos interpersonales que como mecanismo de defensa. Estaríamos, pues, ante la clínica del “déficit” más que del “conflicto”. Aclara Sutil que, pese a que el temor a sentirse invadidos o absorbidos por los demás los aboca al aislamiento, no debe suponerse que viven tal situación como satisfactoria. Puede descubrirse en ellos un anhelo de intimidad que puede expresarse en la psicoterapia.

En la *personalidad agresiva*, Sutil destaca como rasgos definatorios la ausencia de culpabilidad y la incapacidad para establecer lazos emocionales duraderos. En su relación con los demás, carecen de barreras morales, de vergüenza o de escrúpulos a la hora de imponer su deseo. Su imagen suele ser hipertrofiada, al margen de sus méritos o logros; la actitud hacia el entorno, vigilante y de sospecha. Difícilmente se les ve en consulta si no es en entornos institucionales.

El autor ofrece un cuadro resumen en el que, junto a una descripción clínica general, se recogen los rasgos característicos de cada prototipo en cuatro áreas: *autoimagen*, *culpa*, *ansiedad* y *vínculo*.

El ámbito de la *delincuencia*, definido por normas explícitas e implícitas dependientes de la cultura, es también un terreno que concierne a la psicopatología, y en el que la perspectiva psicoanalítica, en general, tiene mucho que decir. Ya advierte Sutil que “ni todos los delincuentes ‘padecen’ un trastorno de personalidad, ni todos los sujetos con algún trastorno de la personalidad propicio al comportamiento agresivo y a la falta de empatía, son delincuentes” (p.551). Dado que la experiencia nos enseña que cualquier persona en circunstancias adecuadas puede exhibir furia destructiva y homicida, la pregunta sería, de nuevo, dimensional: ¿cómo es de importante el componente criminal en ésta persona?

Sutil ofrece una breve revisión de la aportación psicoanalítica al estudio de la personalidad delincente. En los años cuarenta y cincuenta del pasado siglo, el psicoanálisis hacía hincapié en la *culpabilidad inconsciente*, lo que remitía a un severo desequilibrio entre el super-yo y las otras instancias. Melanie Klein puso de manifiesto que las tendencias destructivas no son patrimonio de unos pocos, sino que se encuentran en el desarrollo de todo individuo. Opinaba que el perverso no carece de super-yo, sino que es de otra naturaleza, más severo que el del neurótico. Al atribuir un origen arcaico al super-yo persecutorio (posición esquizo-paranoide), postuló un sentimiento de culpa primitivo. Rosenberg, más cauteloso, no acepta identificar los sentimientos de la estructura omnipotente narcisista con la culpa, que considera una emoción mucho más evolucionada.

Fairbairn, por su parte, se desmarca con su teoría de la *defensa moral*. El niño, al hacerse “malo”, torna “buenos” a sus objetos: es mejor ser pecador en un mundo gobernado por Dios, que vivir en un mundo regido por el diablo. Winnicott señalará la relación entre la tendencia antisocial y la desposesión emocional vivida en la infancia, entre el primer y el segundo año.

Sutil nos recordará que el temor a la retaliación por los actos o fantasías destructivos no constituye verdadera culpa, sino en todo caso el fundamento necesario que asentará la culpa madura si la figura parental que infunde temor es a la vez afectiva y empática, capaz, por tanto, de promover una interiorización cabal de la norma. Añade Sutil que, “si nos obstinamos en seguir imaginando la existencia de un sentimiento de culpa en el psicópata, idearemos mecanismos sin ningún tipo de evidencia en la observación clínica y forense”...” en este tipo de teorizaciones se ha podido confundir la culpa inconsciente con la existencia real de carencias en el desarrollo del super-yo” (p.554)

Para apoyar el proceso evolutivo de la agresividad en esa secuencia que forman las personalidades agresiva, explosivo-bloqueada y rígida, Sutil recurre a las investigaciones sobre el desarrollo moral del niño que llevó a cabo Lawrence Kohlberg. “Las tres etapas de moral pre-convencional, convencional y post-convencional, semejantes a la pre-moral, heterónoma y autónoma de Piaget, encajan de forma sorprendente con el planteamiento moral de los tres prototipos de la personalidad citados “ (p.554). En síntesis, en el periodo pre-moral la conducta se rige por reglas concretas cuyo incumplimiento acarrea el castigo o una pérdida personal; en el periodo convencional, el incumplimiento acarrea la reprobación o censura de los demás; en el

periodo post-convencional o de principios asumidos se daría una interiorización plena de principios éticos y morales que podrían estar, en ocasiones, por delante de la ley pública. Sutil afirmará que “la moral postconvencional es más un logro que alcanzan algunos individuos con independencia de su prototipo de personalidad dominante, salvo las personalidades agresiva, esquizoide y narcisista en cuya definición de personalidad entran rasgos incompatibles con una moral evolucionada” (p.555)

En el tercer capítulo de ésta última parte, Sutil nos ofrece una breve introducción a la psicoterapia psicoanalítica relacional. Aborda el autor la clásica discusión sobre la diferencia entre psicoanálisis y psicoterapia psicoanalítica, y revisa los criterios formales (frecuencia de sesiones) y técnicos (interpretaciones transferenciales). En su opinión, la reducción de sesiones semanales, que, por otra parte, está imponiendo el “mercado”, no impide que se produzcan cambios profundos. La profundidad del trabajo dependerá más de la disposición y capacidad del paciente para penetrar en aspectos básicos de su personalidad.

Las exigencias de *neutralidad* y *abstinencia* que presidieron la educación de generaciones de psicoanalistas, es cuestionada pormenorizadamente desde su perspectiva relacional con la ayuda de Coderch (2011) y Avila (2005). Propone Sutil guiarse por un *principio de veracidad* a la hora de atender las demandas del paciente en relación con nuestras opiniones o creencias. Nos recordará, recogiendo a otros autores, que el paciente es, a menudo, un agudo intérprete de la experiencia del analista. Indagar con el paciente en éste conocimiento es, como señala, muy fructífero. Alinea sus posturas con las que marcan otros autores a través de la *responsividad óptima*, y enfatiza en ese “algo más” que procura el tratamiento, que no es conocimiento, sino experiencia hasta entonces no formulada. La postura del terapeuta, pues, deberá ser empática, conectada con las necesidades del paciente (no necesariamente para gratificarlas) y abierta a la inevitable influencia que nuestra personal manera de ser ejerza en la relación terapéutica.

La idea de la *neutralidad* implicaba que el fenómeno de la *transferencia* se debía exclusivamente a las aportaciones del paciente, preso de su pasado, sobre la figura-pantalla del analista. La perspectiva relacional planteará esquemas de funcionamiento dependientes del contexto relacional, que se activan, no se transfieren. En este sentido recoge la sugerencia de Coderch de definir la transferencia como una forma de organizar el presente según la experiencia del pasado. Pegado a la clínica, Sutil piensa que seguiremos hablando de “transferencia” para referirnos a un estilo especialmente rígido en el funcionamiento del paciente. Rigidez que indica, siguiendo a Fairbairn, el secuestro por el objeto interno. No bastará la interpretación de la transferencia; será necesario lo “real” de la relación con ese Otro que es el analista. “Estamos hablando más bien del espacio analítico, un área intermedia entre la realidad de quien es el terapeuta y las proyecciones y fantasías del paciente, pero que también es un campo co-creado por ambos, en un proceso de mutualidad, donde se descubre no solo el pasado, sino también aquello nuevo que surge entre dos personas en relación” (pg. 576).

La *contratransferencia*, aquel inadecuado e inconveniente sentir del analista hacia su analizando, que tanto podía enturbiar el límpido manantial del análisis puro, pasó en los años 50 de “cenicienta a princesa” (Thomä y Kächele, 1989). Varios artículos de prestigiosos analistas,

empezando por Paula Heiman, comenzaron a reconocer el valor de la contratransferencia como herramienta de conocimiento de lo que ocurre entre analista y analizado. Heinrich Racker, en su ya clásico estudio sobre los fenómenos transferenciales, diferenciaba la *contratransferencia concordante* de la *complementaria*, según el analista se identificara con el yo y el ello del paciente o con sus objetos internos vía identificación proyectiva.

El psicoanálisis relacional actual integra los fenómenos antes dispersos de transferencia y contratransferencia en un “campo” co-construido como es la relación entre terapeuta y paciente. El acento se pone, citando a Mitchell, en la matriz interaccional que forman ambos participantes y en la capacidad mutativa de tal interacción, donde la interpretación es sólo un elemento más.

Debemos al *Grupo de Boston*, como señala Sutil, una avanzada elaboración sobre el *conocimiento relacional implícito* que determina nuestra relación con los demás y define nuestro “modo de estar” con ellos. La terapia consistirá, en parte, en poder identificar y verbalizar aspectos de tal conocimiento, que estará presente en la relación analítica.

En este registro encontraremos el fenómeno que se conoce como *enactment*. El enactment es una conjunción intersubjetiva en forma de puesta en escena entre los partícipes de la relación, y puede concretarse en una escena breve o prolongada, de intensa carga emocional, en la que ambos “actúan” inconscientemente según un guión cuyos términos se hallan en la experiencia vital de los dos. El valor terapéutico del enactment reside en la posibilidad de identificarlo, reconocerlo y elaborarlo. Joseph Sandler señaló ya la imposibilidad de eludir la actuación por parte del analista (pues la propia decisión de no actuar es ya una forma de hacerlo). “El analista debe estar acostumbrado a ser alguien que participa, actúa y luego intenta explicar algo de lo que ha ocurrido entre los dos” (p. 582).

Lo anterior nos sitúa ante el debatido tema del *autodesvelamiento o autorrevelación*. Si ya no concebimos la figura de un analista silente e impenetrable, que no responde sino interpreta, ni participa activamente en la escena en curso, ¿cuál es el límite de lo que desvelamos a nuestros pacientes sobre nuestras sensaciones, pensamientos, vida personal, etc.? ¿Debemos ceñirnos solo a reconocer nuestros errores o, como mucho, a desvelar al paciente el proceso que los originó? ¿Podemos ir más allá y responder a las preguntas personales de los pacientes, incluso compartir con ellos gustos u opiniones no directamente relacionadas con la tarea psicoterapéutica? Entre los distintos autores que asumen la *autorrevelación* como un elemento psicoterapéutico más, no hay acuerdo claro en cuanto a dichos límites. Sutil se hace eco de dos actitudes que deben fundamentar el uso de tales recursos: “El terapeuta que funciona en el registro de la *responsividad óptima* tiene en cuenta tanto los marcadores o señales que el paciente da de lo que espera de las respuestas del terapeuta, como las reacciones del paciente a las respuestas percibidas” (p. 580). Y añade: “la relación terapéutica nunca podrá llegar a ser totalmente simétrica. La psicoterapia siempre será un proceso de influencia mutua pero, inevitablemente, asimétrica por la diferenciación de roles derivada de la especial responsabilidad y autoridad del terapeuta” (p. 582).

¿Qué dificultad, retiene o impide el proceso terapéutico? Al hablar de la *resistencia*, Sutil nos recuerda la capacidad de Freud para acuñar términos y definiciones con vocación de máxima: *Todo aquello que interrumpe el progreso de la labor analítica es una resistencia*, dirá el maestro a

principios del siglo pasado. No se contaba, por entonces, con la participación del analista en tales fenómenos. Años después, Erikson hablaría de la *resistencia de identidad*, acertada visión del temor de un paciente a ver sustituida su precaria estructura identitaria por la poderosa personalidad del analista. Renik considera que, tomada sólo desde el punto de vista del paciente, la resistencia siempre será una justificación del punto de vista del analista. La resistencia será aquello que interfiera con el incremento de la autoconciencia del paciente. Y éste habrá de ser incluido en la tarea científica común de comprobar tales fenómenos.

Bromberg se centra no en los contenidos “resistidos”, sino en la estructura disociativa de la mente. La paradoja que señala este autor es que el paciente accede a la psicoterapia con la esperanza de cambiar sin dejar de ser quien es. Como dice Sutíl, “la resistencia ya no se puede concebir de manera simplista como la lucha del paciente contra el propósito del analista de descubrir la verdad, sino como una señal de alarma ante lo nuevo” (p. 586). A fin de cuentas, “si aceptamos la idea psicoanalítica básica de que la neurosis es la mejor solución de compromiso que el paciente ha alcanzado para equilibrar sus conflictos, es lógico que no abandonen sus posiciones ni de forma voluntaria ni con facilidad” (p. 586)

Reflexiona Sutíl acerca de los diferentes enfoques terapéuticos, partiendo de la posición intersubjetiva de Stolorow y comparando las posiciones de Kernberg (confrontativa), Kohut (empática) y Fairbairn (que ya cuestionaba el uso del diván). Su propia posición la resume así: “Cada vez me parece más claro, dándole la razón a Fairbairn y Kohut, entre otros, que el mejor modo de aproximarse al encuentro terapéutico es la sintonización empática, y no exclusivamente con pacientes narcisistas y límites” (p. 588). Una vez lograda una relación confiable, el trabajo con “neuróticos” permitirá un mayor uso de la confrontación e interpretación de la defensa (valga decir, soportarán más la desestructuración), mientras que los límites requerirán una atención más precisa y constante de la sintonización empática, con una situación terapéutica estructurada y bien definida. Sutíl se aleja de la receta “artesanal” y prefiere hablar de una experiencia psicoterapéutica flexible adaptada a cada paciente. Revisa así las distintas dinámicas relacionales conscientes e inconscientes que se pueden originarse con los distintos prototipos de personalidad. Así, nos hablará de la distancia terapéutica que aconseja la personalidad histérica, de la posición de gestor de vida que nos demandará el sumiso, de los sentimientos de exasperación o aburrimiento que pueden generar los obsesivos, etc.

No cerrará Sutíl este capítulo sin algunas recomendaciones sobre el trabajo con niños y adolescentes. Señalará cómo, al contrario que en el psicoanálisis clásico, la perspectiva relacional, tan inspirada en la investigación del desarrollo temprano, llega a “comprender al adulto a través del niño”. Pone el acento en la actitud de “entender”, y advierte contra el “etiquetar” (que no diagnosticar) que limita y, a veces, “medicaliza” en exceso. Resaltará la importancia de un encuadre familiar de los problemas del niño y el adolescente, y subrayará, con éste último, la importancia de instalarse en la relación como adulto confiable.

Cierra la obra una extensa bibliografía y un generoso índice temático que ayuda al repaso y orienta en la relectura. Práctica ésta última que ya recomendé al principio de la reseña, pues el libro lo merece y, con frecuencia, lo exige. La complejidad de la obra, ya preanunciada en el juego de perspectivas y movimientos de las figuras del cuadro de Velázquez que ilustra la portada, refleja



la propia complejidad de una concepción no cartesiana de la mente: un cambio epistemológico que refuta la equivalencia mente-cerebro y la separación cuerpo-mente, y que sitúa el origen del sujeto en el espacio polifónico de la relación humana.

Cita bibliográfica / Reference citation:

Aburto Baselga, M. (2015). Reseña de la obra de Carlos R. Sutil: Psicopatología Psicoanalítica Relacional. Segunda parte: Elementos de Psicopatología Psicoanalítica Relacional. *Clínica e Investigación Relacional*, 9 (3): 749-769. [ISSN 1988-2939] [Recuperado de www.ceir.org.es]